# CARCINOME

# VILLEUX DIFFUS

# DE LA VESSIE

PAR

MM. CORNIL & RELIQUET

---

Extrait du *Journal des Connaissances médicales.*

---

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1886

# CARCINOME VILLEUX DIFFUS

## DE LA VESSIE

# CARCINOME
# VILLEUX DIFFUS
# DE LA VESSIE

PAR

MM. CORNIL & RELIQUET

Extrait du *Journal des Connaissances médicales.*

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1886

# CARCINOME VILLEUX DIFFUS

## DE LA VESSIE

Voici d'abord l'observation clinique recueillie par le Dr Reliquet :

M. X..., âgé de 60 ans, d'une constitution générale solide, habite depuis plus de vingt ans le voisinage des marais, où ses occupations l'appellent souvent. A différentes reprises, il a eu des fièvres intermittentes que le sulfate de quinine a guéries. Jamais il n'y a eu de cachexie paludéenne.

Le père et la mère sont morts de cancer.

Sans avoir eu de bourrelets hémorrhoïdaux extérieurs, M. X... a souffert souvent, à des intervalles irréguliers, de flux de sang abondants par le rectum.

Jusqu'à il y a six mois, les envies d'uriner étaient très espacées, toutes les quatres à six heures. Le malade me fait remarquer qu'il urinait beaucoup moins souvent que les personnes de son âge, avec lesquelles il faisait ordinairement de longues promenades dans la campagne.

Mais il y six mois les envies d'uriner deviennent rapidement de plus en plus fréquentes. La miction exige des efforts, malgré l'envie impérieuse. En décembre 1884, après un trajet de 20 kilomètres en chemin de fer, il urine du sang.

Voici ce que son médecin, le Dr O'neil, m'écrit : « A la fin de décembre 1884, M. X... se plaignit à plusieurs reprises d'hématuries, d'une durée variant de quelques heures à une journée, paraissant provoquées par une légère fatigue, par un court trajet en chemin de fer. Il semblait au malade que ses hématuries coïncidaient avec une atténuation du flux hémorrhoïdal. A cette époque les caractères de ces hématuries étaient les suivants : sang presque pur et petits caillots au début de la miction, puis urine un peu colorée, et enfin urine claire.

« Pas de douleurs, ni dans les reins, ni dans le ventre, ni dans l'urèthre, soit pendant la miction, soit dans les intervalles.

« Pas d'antécédents de gravelle, ni d'affections inflammatoires des voies urinaires de quelque nature que ce soit.

« A la fin de janvier 1885, je revois le malade au cinquième jour d'une hématurie persistante et très abondante. Besoin d'uriner d'heure en heure. Sang pur au début de la miction, puis interruption du jet causée par l'engorgement de caillots nombreux, enfin urine paraissant entièrement mêlée au sang.

« Toujours pas de douleur, seulement légère sensation de stricture au niveau du col vésical au moment d'uriner, et un peu d'angoisse causée par le passage des caillots. »

Malgré tous les moyens employés, et en particulier les injections sous-cutanées d'ergotine, l'hématurie persiste

avec quelques atténuations sans importance. Bientôt le malade ne peut plus uriner seul, il faut le sonder à des intervalles de plus en plus rapprochés. L'œil de la sonde est souvent bouché par les caillots, de là des difficultés de plus en plus grandes.

Je vois ce malade le 19 février 1885, le soir. Il est dans un état de fatigue extrême dû au long voyage qu'il vient de faire.

Toutes les heures au moins il faut le sonder, et on se sert d'une sonde en étain à grande courbure de Gély, ayant l'œil sur la face antérieure du bec. Chaque introduction est très douloureuse, d'abord au méat, puis et surtout au niveau du col vésical. Le passage de la sonde provoque toujours des plaintes vives, malgré l'énergie morale du malade. Ces sondages pénibles sont répétés au moins dix-huit à trente fois par vingt-quatre heures. Quelquefois le bec de la sonde franchit difficilement le col, souvent des caillots bouchent la sonde. Autant d'incidents fâcheux qui augmentent les douleurs.

Les urines sont très chargées de sang, il n'y a pas de gros caillots, ni de détritus organiques.

20 février. Le teint est jaune-paille, presque terreux ; très grande faiblesse physique. L'énergie morale persiste et le malade me raconte avec précision toutes les phases de sa maladie, ce qui corrobore exactement ce que le Dr O'neil m'a écrit. Il ajoute que son prépuce étroit et court l'a toujours gêné pendant les érections.

Au toucher rectal, la prostate est symétrique : son tissu est dépressible comme dans la congestion de cet organe. En arrière d'elle, la vessie dilatée est saillante, d'une consistance assez marquée pour faire croire à une épaisseur notable des parois. Mais il n'y a rien qui dénote d'une

façon nette une tumeur solide. La muqueuse rectale est sèche.

La grande coúrbure de la sonde de Gély en étain employée, la grande longueur de sonde nécessaire pour entrer dans la vessie, démontrent que le col vésical est fortement relevé derrière le pubis. J'essaie de passer une sonde en gomme coudée (à béquille); elle s'arrête net au col contre un obstacle direct. Le contact du bec de la sonde sur ce point provoque une douleur vive avec spasmes énergiques. Toutes les fois qu'on a sondé, et cela dix-huit fois par vingt-quatre heures au moins, cette vive douleur s'est produite.

J'essaie d'une sonde en caoutchouc vulcanisé nº 21, qui passe facilement, mais non sans provoquer une douleur vive au niveau du col. A partir de ce moment on ne se sert plus que de cette sonde molle.

A la percussion de l'hypogastre, on constate une matité qui remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. La palpation et la compression de cette région provoquent de la douleur avec élancement vers la verge. Mais on ne trouve pas de masse solide. Un doigt dans le rectum, et une main sur l'hypogastre, on ne perçoit aucune masse indurée.

Lorsqu'on passe la sonde, le liquide qui sort est uniformément coloré de sang plus ou moins, mais constamment. Quelquefois, à la fin du jet, la coloration rouge est plus marquée, plus vive, plus fraîche.

A partir de ce moment, j'examine avec le plus grand soin tout ce qui sort de la vessie. Je n'ai jamais trouvé le plus petit détritus organique. Plusieurs fois j'ai cru avoir de ces débris. Mais le microscope me démontrait vite que ce n'était que des caillots.

Je prescris le régime lacté. Des grands lavements tièdes donnés très lentement avec la longue canule en gomme matin et soir.

Le 21 février. Les lavements ont entraîné une grande quantité de matières fécales noires et granulées. Le malade dit se trouver mieux. Il reste plus longtemps sans avoir besoin d'être sondé. A partir de ce moment les sondages n'ont lieu que six à sept fois par vingt-quatre heures.

Aussitôt après ces premiers lavements le sang diminue, l'urine est presque claire, à peine un léger dépôt au fond du vase. J'en profite pour faire analyser les urines par M. Yvon. Par vingt-quatre heures il y a : quantité, 2600 c. c. Urée 15 gr. 60; acide urique 0,30 centigr. ; phosphate 3 gr. 754 ; albumine 2 gr. 236.

Au microscope : hématies très nombreuses, un certain nombre de leucocytes et de spermatozoïdes

Chez notre malade, la température anale a presque toujours été de 37° à 37°,5 le matin et de 37°,8 à 38°,3 le soir, sauf après le débridement du prépuce.

Devant cette amélioration brusque et très notable des urines, le malade reprend espoir.

Afin de mettre dans un calme plus complet la vessie, une heure après que le grand lavement a été rendu, matin et soir on porte très haut dans le rectum un petit lavement de 100 gr. d'eau contenant : extrait de jusquiame, 0,06 centigr. et laudanum, 4 gouttes. Deux fois, ces petits lavements ont été suspendus ; à chaque fois il m'a paru que le sang augmentait et que les envies d'uriner étaient plus fréquentes.

Ainsi, nous cherchions à mettre la vessie à l'abri de toute espèce de contraction. En même temps, nous donnions de l'eau de l'Echelle et de l'eau de Rabel.

Malgré l'amélioration de l'état général et surtout malgré l'emploi de la sonde molle en caoutchouc, le passage dans le col vésical est toujours très douloureux. Les grands et les petits lavements ont diminué l'excitation du corps de la vessie, qui se dilate plus. De là les sondages moins fréquents, de là aussi le fait de l'émission spontanée d'une quantité d'urine permettant d'éloigner encore le cathétérisme, et cela exactement comme cela se passe dans les stagnations d'urines vésicales dues à la prostate. Mais rien n'a pu atténuer la sensibilité du col vésical au passage de la sonde. Alors, espérant calmer cette sensibilité du col, je fais le débridement du prépuce.

Le 25 février. D'un seul coup de ciseau, j'incise le prépuce sur la ligne médiane de la face dorsale de la verge, jusqu'au cul-de-sac de la couronne du gland. Immédiatement le gland reste découvert, et les deux lèvres de la plaie rapprochées se placent de chaque côté de la verge. J'avais employé la cocaïne comme anesthésique local.

Le malade ne s'est pas plaint et me dit que la douleur n'a pas été vive.

Immédiatement le passage de la sonde dans le col a été bien moins douloureux. Mais l'opération étant faite à 10 heures du matin, le soir, à 4 h. 1/2, il a 40°,7 dans l'anus, et un état d'agitation qui alterne avec de la prostration.

Je donne chaque heure 0,25 centigr. de sulfate de quinine jusqu'à ce que la température soit au-dessous de 38°. Ainsi on va jusqu'à 1 gr. 75 de quinine. Le calme se rétablit la nuit.

Mais cette plaie du prépuce si petite, si bénigne en réalité, reste sans s'organiser. Le 11 mars, jour de la mort, quinze jours après l'opération, à peine si la surface est

recouverte de bourgeons pâles, il n'y a pas le moindre début de cicatrice.

Les jours suivants, l'état général se remet, le malade urine plus abondamment, sans être sondé. Mais sans la sonde, les envies sont rapprochées. Je prescris de n'uriner que par la sonde pour éviter les efforts, et surtout pour éviter les caillots qui jusqu'à présent ne sont que très petits.

Je cherche à nourrir en donnant un peu de viande tout en continuant le lait.

On continue à donner 0,25 centigr. de sulfate de quinine tous les jours.

Le 27 février soir. Le sang reparaît très abondant. Je fais des injections dans la vessie avec une solution concentrée de tannin; elle morcelle les caillots, en facilite la sortie, mais n'arrête pas le sang.

Pendant la nuit, je fais mettre des sacs de glace sur l'hypogastre : l'hémorrhagie continue.

Le 28 février, l'écoulement du sang continue. Au toucher rectal je constate que la prostate, symétrique, de volume ordinaire, a repris sa consistance normale; en arrière d'elle on reconnaît très bien la vessie dilatée, mais en aucun point de ses parois on perçoit une épaisseur plus grande de tissu, ou une masse plus consistante, plus ou moins limitée. Ce résultat du toucher rectal a toujours été le même depuis que la congestion prostatique a cédé, le rectum étant maintenu toujours vide ; toujours nous avons trouvé la vessie dilatée.

Je refais les injections de tannin le 28 février et le 1er mars; toujours sortie plus facile des caillots morcelés, mais le sang persiste.

J'essaie des injections au nitrate d'argent au centième, mais sans résultat.

Alors, j'essaie l'action de la solution d'ergot de Yvon, portée au contact immédiat de la surface vésicale, action topique qui m'a réussi plusieurs fois.

Le rectum bien vidé, j'y porte le petit lavement à la jusquiame; vingt minutes après j'injecte la solution d'ergot à 10 pour 100 dans la vessie. Il n'y a rien de douloureux, et je répète cela matin et soir pendant deux jours, les 6 et 7 mars; le sang semble diminuer, maís il reparaît plus abondant le 8 mars. L'état de faiblesse augmente.

Mon confrère, le Dr Peyrot, voit ce malade avec moi. Nous discutons à savoir si nous devons intervenir directement, si nous devons ouvrir la vessie.

La sensibilité du col vésical, son élévation considérable, m'engageaient depuis longtemps à faire la taille perinéale médiane, avec incision médiane du col vésical. On aurait eu un abaissement du col, le repos complet des parois vésicales, et ainsi nous pouvions espérer la cessation de l'hemorrhagie. Le Dr Peyrot penchait vers la taille hypogastrique, arguant qu'il était plus facile de reconnaître l'état de la vessie par cette opération.

Mais l'état général du malade, l'affaissement des forces, le manque de réaction des tissus, car la plaie du prépuce ne s'était même pas organisée, l'aspect pâle, cireux de la face, nous fit insister médiocrement près de la famille. Certainement, un homme de cette force physique, prenant en réalité une assez notable quantité de nourriture, deux litres de lait, des œufs, et même un peu de viande tous les jours, devait avoir une maladie à réaction générale dépressive agissant en plus des pertes de

sang. Enfin, l'excitation générale si intense qui s'était produite après le débridement du méat, 41°, si peu en rapport avec le choc opératoire réel, la sensibilité extrême du col au passage de la sonde, le refus du chloroforme, tout cela nous a empêché de faire l'examen direct pour l'urèthre, ainsi que la crainte d'une hémorrhagie plus abondante.

La mort eut lieu le 11 mars.

*Autopsie.* — Elle fut pratiquée le 12 mars, avec un médecin membre de la famille, qui avait suivi avec moi toutes les phases de la maladie. Je retirai de l'abdomen la vessie et l'urèthre. La vessie distendue remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis; globuleuse, elle remplit le petit bassin. Toutes ses faces externes sont saines, le tissu cellulaire périphérique n'est point adhérent. A l'extérieur, la prostate est symétrique, peu volumineuse, mais de consistance dure.

La vessie étant placée dans une cuvette, nous l'ouvrons sur la ligne médiane de sa paroi antérieure, et nous continuons l'ouverture sur l'urèthre en fendant la face antérieure de la verge. La vessie est pleine d'un mélange d'urine et de sang, les caillots sont fluides et en suspension dans la masse liquide. La vessie étant vidée, mon confrère et moi, nous ne pouvons distinguer rien d'anormal sur toute la surface de la muqueuse; elle est pâle, sans trace de points plus ou moins congestionnés, il n'y a pas la moindre colonne saillante, tout est lisse à l'œil; le doigt promené sur toute cette muqueuse donne partout la même sensation; nous ne reconnaissons que le lobe moyen de la prostate (*b*, fig. 1) saillant, dur, constituant la lèvre inférieure du col. Un moment nous nous deman-

dons si le sang ne venait pas des reins, mais jamais il n'y avait eu la moindre douleur, le moindre signe de trouble du côté des reins qui étaient sains.

Nous lavons la pièce et nous remplissons la vessie d'eau ; alors seulement nous distinguons nettement sous l'eau les altérations de la muqueuse vésicale. Pour faire le dessin ci-joint, il a fallu tenir la pièce dans l'eau.

Dans tout le pourtour du col vésical, en haut dans le tiers de la paroi antérieure de la vessie, en bas dans tout le trigone, la muqueuse est couverte d'un velu très court formé de villosités (*c.*, *c.*, fig. 1), très fines, extrêmement ténues, dont la plupart n'ont pas un demi-centimètre de long. Cela donne sous l'eau l'aspect d'un tapis, d'un gazon très fin. Ce gazon, ces villosités, s'arrêtent au col vésical, exactement à l'entrée de l'urèthre. Dans la cavité de l'urèthre il n'y en a plus. Ainsi, la face postérieure du lobe moyen de la prostate, qui répond à la vessie, est absolument couverte de ces villosités ; la face antérieure de ce lobe, qui répond à l'urèthre, ne présente pas une seule villosité ; la ligne du bord du gazon des villosités limite très exactement la vessie et l'urèthre.

Sur la face postéro-inférieure de la vessie, le tapis des villosités se prolonge au delà du trigone, pour se terminer, là, comme partout, sur la muqueuse vésicale d'une façon indécise ; il y a de petits prolongements irréguliers. Ce n'est plus une altération pathologique franchement arrêtée, franchement délimitée, comme cela a lieu à l'union des muqueuses vésicales et uréthrales.

Sous l'eau, on distingue très nettement trois touffes, fig. 1 (*a*, *a'*, *a''*), à peu près égales en volume, de villosités toujours très fines, mais plus longues. (Au toucher et à la vue, la vessie étant vide, il n'était pas possible de reconnaître

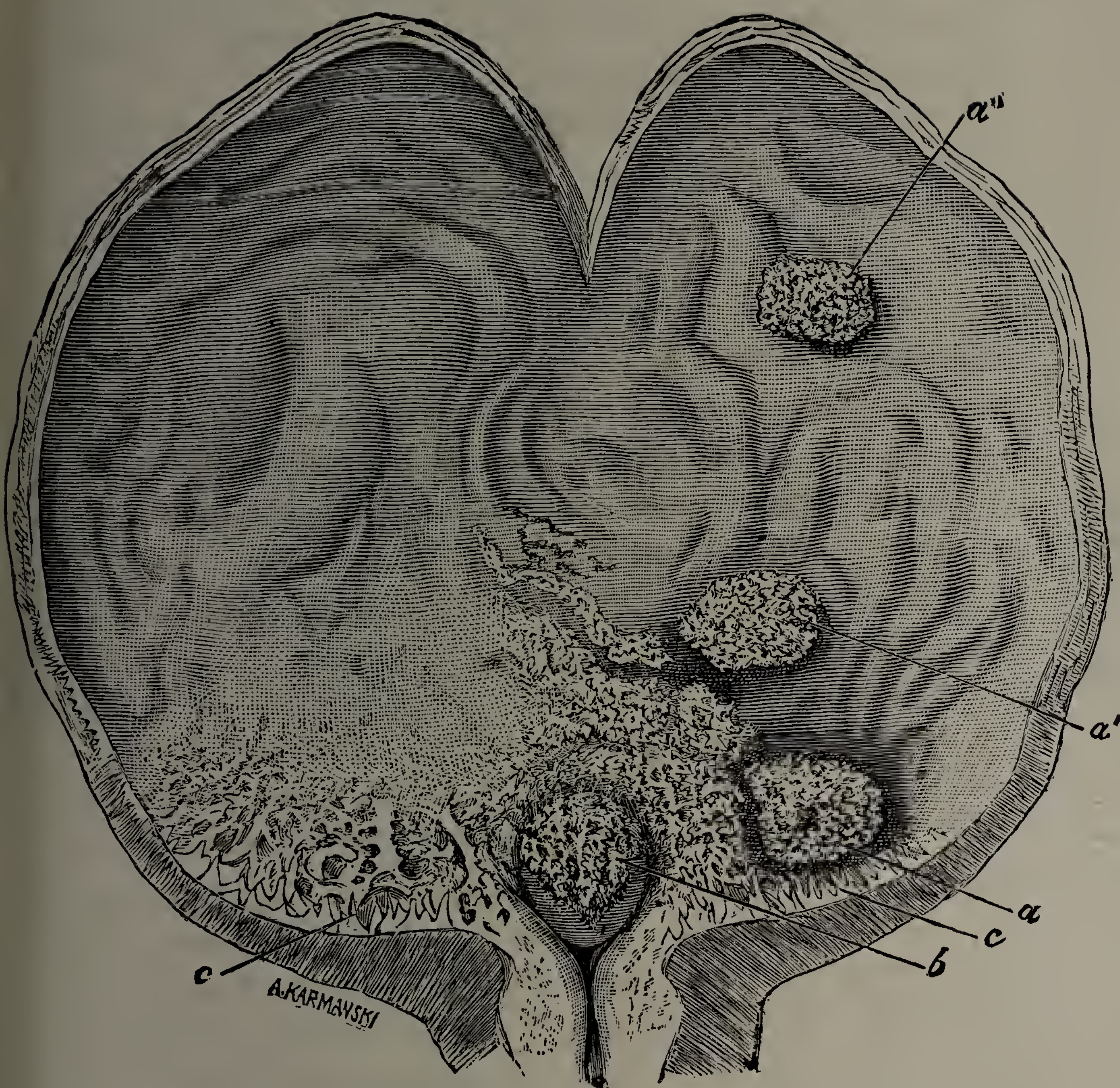



Fig. 1. — *a*, *a'*, *a''*, touffes de villosités ; *b*, lobe moyen de la prostate couvert de villosités sur sa face vésicale ; *c*, *c'*, tapis de villosités.

ces touffes, les villosités s'affaissant tout à fait sur la muqueuse.) Elles ont le même aspect pâle, la même teinte que celles plus courtes dont nous venons de parler. La paroi vésicale, à leur base, ne présente pas non plus une consistance anormale des tissus.

L'une de ces touffes (*a*) est placée sur le côté gauche de la paroi antérieure, à deux centimètres et demi au-dessus et à gauche du col. La seconde (*a'*) est sur le côté gauche, un peu en dehors et presque en arrière du trigone. Ces deux touffes de villosités sont en connexité avec les villosités générales avec les bords du tapis villeux. La troisième touffe (*a''*) est plus éloignée, comme un îlot, isolé de toutes les autres villosités, placée sur le côté gauche de la paroi supérieure de la vessie.

Immédiatement nous mettons cette pièce dans le liquide de Müller, et nous la remettons à M. le professeur Cornil.

---

*Examen histologique par M. Cornil.* — La surface de la vessie, dans tout son bas-fond et au niveau de plusieurs bourgeons, était couverte de villosités fines comme un fin gazon, qu'il était très facile de voir à l'œil nu lorsqu'elle était sous un liquide. Elle avait été placée, très peu de temps après la mort, dans de la liqueur de Müller, où nous l'avons laissée séjourner pendant cinq jours avant de l'examiner au microscope. Ce temps écoulé, nous en avons choisi des fragments pris en divers points qui ont été placés dans une solution de gomme avec moitié de glycérine pendant quelques heures, puis dans l'alcool, pour obtenir un durcissement suffisant.

Les préparations ont été obtenues avec le microtome de Thoma.

Dans les parties où la surface de la muqueuse était villeuse, sans qu'il parut y avoir une infiltration profonde et un épaississement bien marqué du tissu sous-muqueux, nous avons observé, sur les coupes, un aspect variable de la disposition des villosités superficielles que nous avons fait reproduire dans les figures 2 et 3, qui sont dessinées à la chambre claire, comme toutes celles qui sont annexées à cette description.




Fig. 2. — Section de la muqueuse de la vessie dans un point où elle est couverte de villosités (grossissement de 20 diamètres).
*a*, grandes villosités arborescentes souvent unies par leur base, présentant quelques vaisseaux grêles, ou des vaisseaux plus dilatés comme en *d*. A la base de ces villosités plus ou moins confluentes, on voit des lacunes *c*, *c*, formées par des anastomoses transversales du tissu des villosités ; *b*, villosités plus petites.

Les villosités sont de longueur variable, les unes tout à fait petites et grêles (*b*, fig. 2), souvent un peu renflées ou bifides à leur sommet, et invisibles à l'œil nu ; les autres *a*, qui mesurent de 1 à 4 ou 5 millimètres, sont le plus souvent divisées et arborescentes à leur sommet, présentant deux, trois ou un plus grand nombre de villo-

sités secondaires grêles, allongées ou un peu renflées ; leur base est élargie et elles se confondent au niveau de leur implantation sur la muqueuse. Ces grandes villosités sont très flexibles. Ainsi, sur la vessie conservée dans la liqueur de Müller et examinée à l'œil nu sous le liquide, elles flottent en se déplaçant ; lorsqu'on retire la vessie du liquide, et que sa surface n'est plus sous l'eau, les villosités s'appliquent sur la muqueuse et ne sont plus distinctes. De même sur les coupes examinées avec un faible grossissement, elles se couchent les unes sur les autres, et on est obligé d'en redresser quelques-unes pour les remettre en place ; sur certaines coupes elles sont obliquées et accolées à la muqueuse, au lieu de lui être perpendiculaires. Ces végétations sont parcourues par des vaisseaux plus ou moins visibles suivant la quantité de sang qu'ils contiennent. Ainsi les vaisseaux un peu dilatés et remplis de sang sont bien apparents en *d*, de même que dans le groupe de végétations figuré à la droite du dessin. Il y en a aussi à la base des villosités. Au niveau de l'implantation des villosités à la muqueuse vésicale, on voit habituellement, lorsqu'elles sont confluentes et qu'elles partent d'une base commune, des cavités (*c*, *c*, fig. 1) qui sont bordées par le tissu des villosités ou par des travées transversales ou irrégulières qui les relient les unes aux autres. Ces cavités sont constantes dans toutes les productions nouvelles qu'on observe sur cette vessie.

La surface des villosités et celle des lacunes qui s'observent à leur base sont toujours tapissées par des cellules de même forme, plus rares à la surface libre des végétations,parce qu'elles ont pu être détachées dans les manipulations ou dans le séjour de la pièce dans différents

liquides, mais formant une couche continue dans les cavités *c*.

Les cellules qui revêtent les villosités et cavités sont prismatiques ou régulièrement cylindriques, en forme de raquette, un peu allongées et irrégulières, munies d'un gros noyau ovoïde. Elles n'affectent pas la forme en palissade et ressemblent aux cellules de la couche profonde du revêtement épithélial de la vessie. Sur les villosités, elles ne forment qu'une couche simple, non continue, tandis que dans les cavités de la base des villosités, elles constituent un revêtement plus régulier et s'accumulent même de façon à les remplir. Nous reviendrons bientôt sur la description des cellules et des lacunes profondes qu'elles remplissent; nous les avons dessinées dans la figure 5 à un plus fort grossissement.

La figure 3 donne une idée très exacte de ces bouquets de villosités superficielles et des cavités qu'on trouve à leur base.

Les grandes villosités rayonnent en éventail d'un épaississement superficiel de la muqueuse vésicale où il existe des lacunes *c*, qui étaient remplies de cellules polymorphes.

Si maintenant nous examinons des coupes perpendiculaires aux tumeurs bourgeonnantes plus épaisses qui forment des mamelons solides et pleins faisant corps avec la vessie, comme il en existe quelques-uns au pourtour de l'orifice vésical et plusieurs sur le reste de sa paroi, nous trouverons un tissu d'une structure analogue, mais qui s'infiltre profondément dans les couches musculeuses de la vessie.

Pour avoir une vue d'ensemble de ces mamelons, il suffit de jeter les yeux sur la figure 4, qui représente une

coupe perpendiculaire à la surface de la vessie, au niveau de l'un de ces gros mamelons. Leur surface libre est hérissée de saillies villeuses petites, comme en *b*, ou plus




Fig. 3. — *a*, *a*, bouquet de villosités assez longues qui partent toutes d'une implantation commune. Le tissu qui se trouve à leur base présente des cavités *c*, *c* ; *d*, vaisseaux sanguins ; *b*, villosités très petites (grossissement de 20 diamètres).

volumineuses, plus épaisses que les précédentes *a*, *a*. Le tissu de ces grosses villosités est formé par des faisceaux de fibres de tissu conjonctif, entre lesquels il existe des fentes ou lacunes remplies de cellules épithélioïdes semblables à celles qui les tapissent et à celles que nous avons déjà mentionnées dans les cavités de la base d'implantation des villosités précédentes. Une grande quantité de ces alvéoles tapissés et remplis des mêmes grandes cellules existe dans toute l'épaisseur de la muqueuse vési-

cale très accrue qui se trouve au-dessous. La masse saillante des mamelons est, en effet, constituée par un épais-




Fig 4, — *a*, *a*, villosités plus épaisses que celles des figures précédentes et dans lesquelles il existe des alvéoles irréguliers contenant de grandes cellules épithélioïdes; *b*, villosités superficielles plus petites ; *c*, lacunes contenant de grandes cellules creuses au milieu du tissu conjonctif épaissi de la muqueuse. Ces lacunes ou alvéoles *c* se voient dans le tissu plus profondément situé entre les faisceaux musculaires de la paroi ; *d*, faisceaux musculaires coupés en travers ; *m*, faisceaux musculaires vus suivant leur longueur.
Grossissement de 20 diamètres.

sissement du tissu conjonctif de la muqueuse vésicale et en même temps de la tunique musculeuse plus profondément située. Partout entre les faisceaux de fibres de tissu conjonctif de la muqueuse, aussi bien qu'entre les faisceaux musculaires de la vessie, on voit des lacunes *c*, *c*, qui forment des figures irrégulières, des fentes, des cavités anfractueuses, anastomosées, étoilées ou irrégulièrement ovoïdes ou sphéroïdes, contenant de grandes cellules à leur surface ou dans leur intérieur. A la partie profonde on distingue la section transversale *d* ou longitudinale *m* des faisceaux de fibres musculaires lisses de la vessie.

Le néoplasme n'est donc pas seulement superficiel ; il a atteint et transformé toute la couche de tissu conjonctif et la tunique musculeuse.

La figure 4 nous permet d'étudier les éléments du tissu nouveau avec un plus fort grossissement et de déterminer sa nature. Comme la coupe passait à travers la couche musculeuse de la vessie, les alvéoles sont limités par les faisceaux de fibres musculaires *b*. Ils sont partiellement remplis de cellules dont les plus pressées s'implantent sur la paroi des cavités directement sur le tissu fibro-musculaire. Ces cellules sont le plus ordinairement perpendiculaires à la paroi, mais de forme variable, les unes un peu allongées et en raquette, fixées à la paroi par une extrémité pointue, les autres prismatiques, allongées en cylindre, pavimenteuses, mais sans avoir la forme de palissade ou de pavé régulier. Une ou deux couches pariétales sont en place et serrées les unes contre les autres. Les cellules qui se trouvent au milieu de l'alvéole sont libres, sans pour cela changer notablement de forme, car les cellules centrales des alvéoles ne prennent nullement la forme de sphères. Ces cellules ne sont point soudées

les unes aux autres et ne présentent pas de filaments d'union comme celles du corps muqueux ou des épithéliomes pavimenteux. Elles n'ont pas non plus la régularité ni l'aspect cylindrique très allongé, ni l'état muqueux qu'on observe dans les épithéliomes à cellules cylindri-

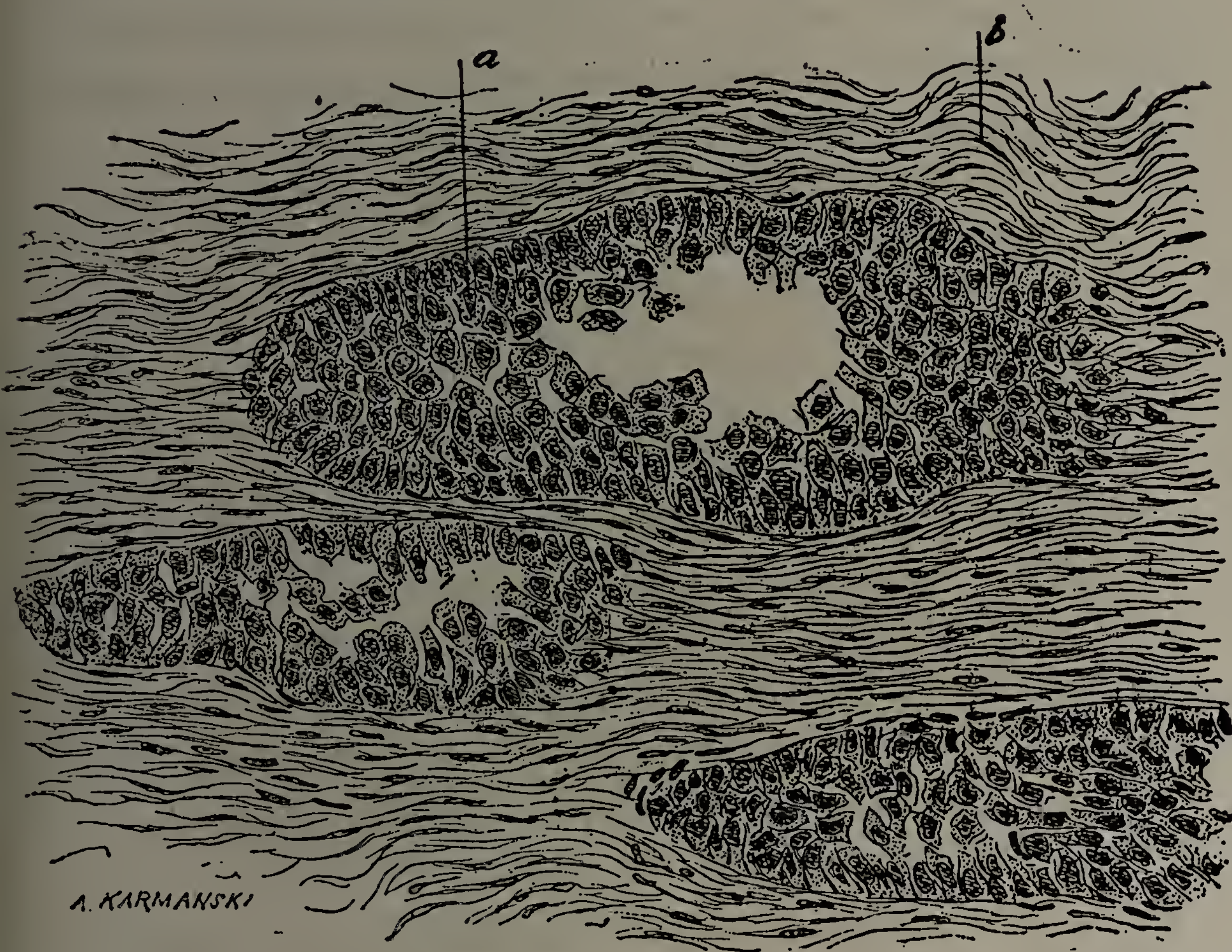



Fig. 5. — Section de la couche musculaire de la vessie : *a*, accumulation de cellules épithélioïdes dans les alvéoles creusés au milieu des faisceaux des fibres musculaires lisses *b*.
Grossissement de 209 diamètres.

ques. Elles possèdent toutes de gros noyaux ovoïdes et des nucléoles volumineux, brillants, fortement colorés par le picro-carminate.

Toutes les tumeurs saillantes de cette vessie présentent la même structure, et la même dégénérescence, la même

infiltration profonde de ses couches musculeuses par le néoplasme dont nous venons de donner les caractères.

Les vaisseaux sanguins des couches profondes de la vessie sont souvent envahis par la néoplasie épithélioïde. Ainsi nous avons fait dessiner, dans la figure 5, les coupes de deux petites veines qui sont remplies de grosses cellules semblables à celles des alvéoles. Ces veinules siègent au milieu du tissu musculaire.




Fig. 6. — *a*, section transversale d'une veinule qui est remplie de grosses cellules ; *c*, une autre petite veine également altérée ; *d*, alvéole contenant quelques cellules libres.
Grossissement de 200 diamètres.

Ces veines sont bien caractérisées par la paroi même ; la veine *a* présente par exemple deux couches de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses et une couche de cellules épithéliales. Les grosses cellules épithélioïdes sont implantées à la face interne de sa membrane comme s'il s'agissait d'un simple alvéole de la tumeur ; mais il est facile de voir la différence, car dans la partie de l'al-

véole figuré en *d*, les cellules épithélioïdes s'implantent directement sur le tissu fibro-musculaire sans qu'il y ait de paroi interposée, à l'inverse de ce qui se passe dans les veinules *a* et *c*.

Dans les travées fibreuses plus ou moins épaisses qui séparent les couches musculeuses de la vessie, et dans sa région externe, nous avons constaté aussi une invasion de veines volumineuses par la néoplasie. Ainsi dans plusieurs d'entre elles qui siégeaient au niveau d'un tissu cellulo-adipeux normal ou simplement enflammé, la lumière de ces veines était remplie de grosses cellules cancéreuses constituant un véritable thrombus.

En résumé, la néoplasie répond par les caractères tirés de ses cellules, par les îlots cellulaires, traînées et alvéoles siégeant dans les parties profondes fibreuses ou musculaires de la vessie, par la propagation aux veines, à la description du carcinome. On pourrait discuter cette dénomination et dire qu'il s'agit d'une forme d'épithélium reproduisant à peu près l'apparence des cellules d'épithélium de la vessie ; mais nous ne croyons pas qu'on doive admettre cette interprétation, car les cellules ne montrent pas de tendance à former un épithélium à couches stratifiées et cohérentes comme celles de la muqueuse vésicale. La propagation aux veines parle aussi en faveur d'un carcinome. Il ne s'agirait là d'ailleurs que d'une interprétation théorique et sur laquelle nous ne nous appesantirons par conséquent pas ici. Qu'on admette un épithéliome spécial ou un carcinome, ce qui nous intéresse ici tout particulièrement, c'est la propagation du néoplasme aux couches profondes de la muqueuse et de la tunique musculaire, c'est le caractère de gravité qui est en rapport avec cette extension et avec la généralisation qui n'aurait

pas manqué de se produire, puisque les veines étaient déjà remplies de cellules de nouvelle formation.

Cependant malgré cette gravité attestée par un examen complet non seulement des végétations superficielles, mais aussi des couches profondes, si l'on avait eu seulement à sa disposition, pour faire un examen histologique, la surface bourgeonnante de la vessie, on n'aurait pas pu faire le diagnostic anatomique.

Tous les néoplasmes vésicaux primitifs ou consécutifs, lorsqu'ils atteignent la surface de la vessie, déterminent en effet la production de villosités et de bourgeons saillants. Tels sont les papillomes, sarcomes, épithéliomes et carcinomes primitifs ; tels sont les épithéliomes et carcinomes secondairement développés à la suite de tumeurs primitives de l'utérus ou des organes voisins.

Les villosités et bourgeons superficiels qui se développent dans les papillomes vésicaux, dans les carcinomes ou épithéliomes ont en effet la même structure, consistant en des papilles de tissu conjonctif plus ou moins vascularisées, recouvertes de cellules d'épithélium plus ou moins analogue à celui de la muqueuse. Les cellules épithéliales sont, il est vrai, en général disposées en couches plus épaisses dans les papillomes simples que dans le carcinome ; mais la même disposition existe dans l'épithéliome et d'ailleurs elle peut se rencontrer aussi dans le carcinome. De plus, des végétations dues à des papillomes peuvent s'anastomoser, se ramifier, former des bourgeons plus ou moins gros dans lesquels les papilles et prolongements anastomotiques sont séparés par une quantité de cellules épithéliales, de façon à simuler, sur des coupes, les alvéoles du cancer ou de l'épithéliome.

Aussi, lorsqu'on veut, par l'examen de ces bourgeons ou

de ces villosités, rendus spontanément par l'urèthre ou enlevés à la surface de la vessie, faire un diagnostic anatomique exact, on se trouve en face de difficultés les plus ordinairement insurmontables. On ne peut se prononcer et dire par exemple qu'il s'agit d'un papillome sans gravité que si toute la néoformation a été enlevée et si le pédicule lui-même ne contient pas autre chose que du tissu fibreux et des vaisseaux.

Mais, si l'on n'a fait qu'ébarber et racler des productions végétantes, alors que la muqueuse reste épaisse au-dessous d'elles, on ne pourra pas se prononcer sur la nature de cet épaississement.

En d'autres termes, les néoplasmes vésicaux purement locaux, comme le papillome, bourgeonnent à la surface, tiennent au chorion de la muqueuse par un ou plusieurs pédicules, mais ne pénétrent pas au-dessous de cette ligne superficielle. Les néoplasies graves par elles-mêmes, comme le carcinome, l'épithéliome et le sarcome, produisent au contraire à la fois des bourgeons superficiels et une infiltration du tissu cellulaire de la muqueuse et des plans musculaires profonds. C'est cette extension, cet envahissement des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui constitue leur gravité. Il est rare qu'on puisse dire à quelle tumeur bénigne on a affaire par l'analyse histologique pure et simple des bourgeons superficiels. Cela aurait été absolument impossible dans le cas présent.

Au point de vue chirurgical, il y a des distinctions à faire, entre le carcinome et l'épithélioma d'une part, et le papillome de l'autre. Les deux premiers sont toujours des plus graves ; le dernier peut guérir. La difficulté du diagnostic est grande. Cependant le papillome se distingue des affections cancéreuses par son siège, qui est la sur-

face du trigone, par le fait qu'il est plus ou moins pédiculé ; par la saillie nette qu'il fait sur le trigone dès que son volume est assez développé ; par sa consistance plus ferme qui permet d'en faire la délimitation au moyen de la sonde coudée métallique, ou mieux avec le brise-pierre à mors plat. Enfin, arrivé à un certain degré de développement, il se détache facilement du papillome, et même spontanément, des morceaux de tissu volumineux, gros comme le bout du doigt, ayant plus d'un centimètre de diamètre. Ce ne sont plus des débris minces de la surface, des débris de villosités, qui, ainsi qu'il résulte de l'examen histologique, ne permettent pas de se prononcer sur la nature de l'altération. Ces gros morceaux de tissu du papillome ont à l'œil nu l'aspect de fragments de choux-fleurs, leur face libre est granulée et végétante, et, à partir de cette surface, on voit très nettement des faisceaux appliqués les uns contre les autres. Nous avons vu des morceaux de papillomes sortir de la vessie après y avoir séjourné longtemps depuis qu'ils s'étaient détachés. Ils étaient blancs et ressemblaient absolument à un fragment de choux-fleurs. Le microscope confirme le diagnostic dans ce cas. Dans d'autres faits ces morceaux de papillome, nécrosés dans la vessie avant d'avoir été détachés, sont infiltrés de micro-organismes ronds, en zooglœe ou en chaînettes au moment où ils sont évacués par l'urèthre. L'un de nous a observé en particulier un fragment de papillome ainsi mortifié et rempli de micro-coques qui avait été expulsé par un malade de M. le docteur Moreau-Wolf.

Grâce à la réunion de tous ces signes, et aussi au maintien d'un état général très bon, malgré l'ancienneté relative de la maladie, on a pu plusieurs fois faire le diagnostic pré-

cis de papillome. Une fois, l'un de nous a pu enlever la tumeur papillaire avec un brise-pierre à mors spéciaux. Le malade a guéri. Mais chez lui, les hémorrhagies étaient intermittentes, manifestement liées au processus hémorrhoïdal, et surtout il n'y avait pas cet état de dépression organique que les hémorrhagies ne suffisent pas à expliquer, comme dans le cas de carcinome à marche aussi rapide que nous décrivons aujourd'hui. Ainsi voilà un homme robuste, sobre, très intelligent, suivant une bonne hygiène, qui habite toujours la campagne. A peine s'il a eu quelques accès de fièvre intermittente; mais tous ses parents sont morts cancéreux. En septembre 1884, il commence à s'apercevoir qu'il urine plus souvent ; à la fin de décembre 1881, il a les premières hématuries, séparées par des intervalles assez longs pendant lesquels son urine est normale. En janvier 1885, l'hématurie, de plus en plus abondante, devient continue, avec des recrudescences notables dans la quantité. On observe plusieurs jours de suite où il n'y a eu que très peu de sang. Malgré cela, il n'y a jamais eu arrêt dans la marche progressive de l'affaiblissement physique, dans la dépression de plus en plus grande des forces nutritives, puisque la plaie du prépuce faite le 25 février n'était pas même organisée quinze jours après l'opération. Et la mort a lieu le 11 mars.

Evidemment la cause primitive, le carcinome villeux, diffus, s'infiltrant profondément et envahissant les vaisseaux, devait ici, quoi que l'on fasse, amener la mort. Mais cette hémorrhagie permanente, avec exacerbation, a certainement hâté la marche des accidents. A quoi pouvons-nous l'attribuer chez notre malade? Habituellement, dans les faits analogues, les hématuries ne sont pas aussi continues ; il y a des intermittences com-

plètes, des temps de repos pendant lesquels le malade remonte ses forces et peut ainsi prolonger sa vie. Ici à partir du moment où le malade urine souvent avec effort, et surtout depuis qu'il ne peut pas uriner sans la sonde, et même lorsque nous l'avons vu uriner un peu sans la sonde, toujours il y a eu du sang dans l'urine. On peut invoquer la facilité avec laquelle le sang transsudait à la surface de ces villosités si ténues, la friabilité des capillaires dont la paroi mince, formée de cellules embryonnaires, laissait passer les globules sanguins. Mais aussi il faut tenir grand compte de l'état de dilatation de la vessie, ou plutôt, pour être plus exact, de l'état de stagnation de l'urine.

Nous voyons la vessie très dilatée, ses parois sont lisses, sans couleur, la muqueuse ne présente nulle part traces d'inflammation, elle glisse sur la couche musculaire; il n'y a pas trace d'un début de sclérose de la paroi vésicale, la tunique musculaire n'est pas épaisse. Ainsi, notre malade était en état de stagnation d'urine prostatique latente, ainsi que le démontrent les conditions anatomiques de la vessie que nous venons d'énumérer, et l'élévation considérable du col vésical que nous avions bien reconnue sur le vivant, et que l'autopsie nous a confirmée lorsque l'altération des parois vésicales a débuté.

Aussi dès que la vessie est revenue sur elle-même plus que d'habitude, dès que la tunique musculaire a comprimé la muqueuse dont toute la surface occupée par les villosités n'offrait pas le moindre obstacle à la sortie du sang, au moindre retrait de la tunique musculaire, la compression de la muqueuse qui en résultait faisait sortir le sang des villosités. De là le mieux relatif obtenu en maintenant toujours vide le gros intestin et en donnant matin et soir le

petit lavement à l'extrait de jusquiame et au laudanum. On agissait là exactement comme dans les stagnations d'urine prostatiques ordinaires, ainsi que l'un de nous l'a décrit dans une de ses leçons sur ce sujet, en diminuant le plus possible la contraction de la tunique musculaire de la vessie.

Aurions-nous pu intervenir utilement par une opération? Evidemment, étant donnée la nature du carcinome, la mort était certaine dans un temps relativement court, mais aurions-nous pu prolonger la vie en suspendant les hémorrhagies par un moyen chirurgical? Nous disons peut-être, parce que l'altération organique, telle qu'elle résulte de l'examen histologique nous démontre trop la facilité de l'issue du sang. Cependant, en supprimant toute activité dans la tunique musculaire de la vessie, en la réduisant à l'état d'une poche inerte sur le trajet du conduit général émonctoire de l'urine, il est probable que le sang se serait arrêté. Pour cela, la sonde à demeure était tout à fait insuffisante; il aurait fallu faire la taille périnéale avec section du col vésical, pour que l'urine s'écoulât constamment par la plaie sans jamais s'arrêter dans la vessie, ou bien faire la taille hypogastrique. Mais par aucun de ces moyens on n'aurait pu agir utilement sur les lésions; il est même probable qu'on n'aurait pas pu les reconnaître, car à l'autopsie nous ne les avons vues que sous l'eau. Mais dans ces interventions chirurgicales, on aurait forcément intéressé des tissus envahis par le carcinome, et il est facile de prévoir quel en aurait été le résultat immédiat ?

---

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, succr, imp. de la Fac. de médecine,
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

PARIS. — TYP. A. PARENT, A. DAVY, SUCC',
52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3.